

Programa individualizado de educación (IEP) de transición



*Oficina de Educación Especial y
Servicios de Intervención Temprana*

STATE BOARD OF EDUCATION

KATHLEEN N. STRAUS – PRESIDENT • SHARON L. GIRE – VICE PRESIDENT
CAROLYN L. CURTIN – SECRETARY • HERBERT S. MOYER – TREASURER
MARIANNE YARED MCGUIRE – NASBE DELEGATE • JOHN C. AUSTIN • ELIZABETH W. BAUER • EILEEN LAPPIN WEISER
GOVERNOR JENNIFER M. GRANHOLM – EX-OFFICIO

THOMAS D. WATKINS, JR.
SUPERINTENDENT OF PUBLIC INSTRUCTION



“Show me how this helps teachers teach and children learn.”

MICHIGAN DEPARTMENT OF EDUCATION DECISION MAKING RULER - 2001



2 de abril, 2003

Informe del equipo del programa individualizado de educación (IEPT)

Incluye consideraciones de transición posteriores a la escuela (estudiantes de 13 años y mayores)

Fecha del IEP: _____ Fecha de reevaluación inicial/más reciente del IEP: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____
Fecha del IEP anterior: _____ Grado: _____ ID del estudiante: _____

Apellido del estudiante: _____ Nombre: _____ Inicial 2do nombre: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____ Teléfono: _____
Dist. de residencia: _____ Dist. donde se asiste: _____ Escuela donde se asiste: _____

Esta reunión del equipo IEP tiene por propósito analizar (marque uno de los siguientes):

Calificación inicial Revisión/Modificación del IEP Reevaluación Reevaluación adicional/Cambio de incapacidad
Otro, especifique: _____

Participantes en la reunión del equipo IEP presentes

Marque la casilla indicando al miembro del equipo IEP que puede explicar las implicaciones instruccionales de los resultados de la evaluación.
Marque el círculo para indicar al miembro del equipo IEP que ha observado al estudiante que presuntamente tiene una incapacidad de aprendizaje

Estudiante	Representante de entidad de servicio para adultos	<input type="checkbox"/>
Padre o madre	Maestro de educación general	<input type="checkbox"/> <input type="radio"/>
Padre o madre	Maestro/Proveedor de educación especial	<input type="checkbox"/> <input type="radio"/>
_____	Representante o delegado de la entidad de educación pública	<input type="checkbox"/> <input type="radio"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="radio"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="radio"/>

Se necesitan las firmas de los participantes para validar una determinación sobre una presunta incapacidad de aprendizaje bajo la regla R340.1713. Todo miembro que esté en desacuerdo debe presentar una declaración con su conclusión.

Calificación para educación especial: El equipo IEP determinó que este estudiante: No califica Califica

Incapacidad principal: _____

Incapacidad secundaria, si corresponde: _____

Las necesidades de aprendizaje y el nivel actual de rendimiento del estudiante

Si el estudiante no asistió a la reunión IEP, describa las medidas que se tomaron para considerar sus preferencias e intereses:

Intereses postsecundarios del estudiante (opcional)

1. Vida adulta: ¿Dónde quieres vivir cuando seas adulto?

2. Profesión/Empleo: ¿Qué tipo de trabajo deseas para cuando seas adulto?

3. Participación comunitaria: ¿Qué pasatiempos y actividades deseas realizar para cuando seas adulto?

4. Educación/Capacitación postsecundaria: Después de la escuela secundaria, ¿qué educación y capacitación adicional deseas?

Student:

Birthdate:

IEP Date:

Considere (marque) cada uno de los siguientes aspectos y coméntelos según corresponda:

- preferencias e intereses del estudiante
- fortalezas del estudiante
- opiniones e inquietudes de los padres para mejorar la educación del estudiante
- resultados de la evaluación inicial o de la reevaluación más reciente del estudiante
- progreso en las metas y objetivos anuales del programa IEP vigente
- progreso en el programa general de estudios según corresponda
- resultados del estudiante en evaluaciones estatales y/o del distrito
- necesidades previstas del estudiante u otros temas

Comentarios:

Considere (marque) cada uno de los siguientes aspectos: Necesidades en cualquiera de las siguientes áreas **requiere** una declaración en la sección de comentarios:

- necesidades de comunicación del estudiante
- intervenciones, apoyos y estrategias para fomentar conductas positivas en estudiantes cuya conducta impida el aprendizaje
- necesidades lingüísticas para estudiantes con aptitud limitada en inglés
- Instrucción en sistema Braille para estudiantes ciegos o con limitación visual
- comunicación y lenguaje para estudiantes sordos o con limitación auditiva
- necesidad de dispositivos o servicios de asistencia tecnológica

Nivel actual de rendimiento educativo – ¿Cuál es el nivel operativo del estudiante y de que manera afecta la incapacidad su participación y avance en el programa general de estudios?

Curso de estudio para enfrentar las necesidades de transición a actividades adultas postsecundarias – Considere lo siguiente para cualquier estudiante que cumpla 14 años durante este programa IEP (considere a los 13 años o antes si el equipo IEP lo determina apropiado, y revise en cada programa IEP subsiguiente). Marque una opción:

- Clases de educación general y/o especial para obtener un diploma
- Curso de estudio para obtener un certificado de término

Comentarios:

Declaración de servicios de transición necesarios – inclúyala a los 16 años (considere a los 15 años o antes si el equipo IEP lo determina apropiado)

Servicios/Actividades de transición necesarias – describa las responsabilidades de cada participante.		Entidad/Persona responsable	Plazos (opcional)
Vida adulta	<input type="checkbox"/> Ninguna		
Habilidades de vida cotidiana	<input type="checkbox"/> Ninguna		
Evaluación vocacional funcional	<input type="checkbox"/> Ninguna		
Empleo	<input type="checkbox"/> Ninguna		
Experiencias comunitarias	<input type="checkbox"/> Ninguna		
Servicios relacionados	<input type="checkbox"/> Ninguna		
Instrucción	<input type="checkbox"/> Ninguna		

Patria potestad y mayoría de edad (marque todo lo que corresponda)

- Si el estudiante cumple 17 años durante este programa IEP, se le informó sobre los derechos de patria potestad que le serán transferidos al cumplir 18 años.
- Si el estudiante cumplió 18 años, se les informó al estudiante y a los padres sobre los derechos de patria potestad que se transfirieron al estudiante a los 18 años.
- El estudiante cumplió 18 años y una orden judicial ha determinado la necesidad de un tutor. El tutor es:

Entorno menos restrictivo - Este estudiante:

- Participará plenamente con estudiantes sin incapacidades en el entorno de educación general salvo cuando esté en programas/servicios separados de educación especial proporcionados fuera de la sala de educación general según se especifica en este programa IEP.
 Sí No (explique):
- Participará plenamente y progresará en el programa general de estudios.
 Sí No (explique):
- Tendrá la misma oportunidad que los estudiantes de educación general de participar en actividades no académicas y extraprogramáticas.
 Sí No (explique):

Ayudas/Servicios/Apoyo de personal complementarios

Ayudas/Servicios/Apoyo complementarios	Cantidad de tiempo/Frecuencia/Condiciones	Localidad

- Todos los ayudas/servicios y apoyos complementarios antedichos comenzarán en la fecha de inicio del programa IEP y continuarán durante un año calendario, según el calendario aprobado por el distrito escolar. Anote a continuación cualquier excepción a las fechas de inicio y término y las localidades antedichas:

Metas anuales y objetivos a corto plazo

Datos del nivel actual de rendimiento: _____

Meta anual: _____

Objetivos a corto plazo (al menos dos por meta)				Evaluación	Criterio	Programación
1.						
2.						
3.						
Fecha	Estado Obj. 1	Estado Obj. 2	Estado Obj. 3	Comentarios/Datos sobre el progreso		

Datos del nivel actual de rendimiento: _____

Meta anual: _____

Objetivos a corto plazo (al menos dos por meta)				Evaluación	Criterio	Programación
1.						
2.						
3.						
Fecha	Estado Obj. 1	Estado Obj. 2	Estado Obj. 3	Comentarios/Datos sobre el progreso		
Evaluación		Criterio		Programación		Estado del progreso de los objetivos
S Trabajo diario de estudiante D Observación documentada R Escala de clasificación T Prueba normalizada O Otro (especifique arriba)		_____% Exactitud ___de___ Nivel _____ Nivel de logros Otro (especifique arriba)		W Semanal D Diario M Mensual G Período de calificación O Otro (especifique arriba)		1 Logrado/Conservado 2 Progresando a un ritmo suficiente para cumplir la meta anual de este objetivo 3 Progresando a un ritmo insuficiente para cumplir la meta anual de este objetivo (explique arriba) 4 No corresponde durante este período de informe 5 Otro (especifique arriba)

Informe de progreso: Se le informará regularmente a los padres por escrito sobre el progreso de las metas y objetivos de este programa IEP en los períodos de informe regulares aplicables a los estudiantes de educación general. Informes adicionales:
 Cómo: _____ Cuándo: _____

Programas / Servicios de educación especial

¿Se necesita algún maestro con una especialización determinada? No Sí, especifique:

Sólo programa de recursos – ¿Se necesita un asesor de maestros con una especialización que concuerde con la incapacidad del estudiante? No Sí

Programa departamentalizado (R 340.1749c) No Sí

Programas / Servicios de ed. especial Regla número	Frecuencia y duración	Localidad

Todos los programas y servicios antedichos comenzarán en la fecha de inicio del programa IEP y continuarán durante un año calendario, según el calendario aprobado por el distrito escolar. Los servicios de año escolar extendido (ESY) deben proporcionarse sólo si el equipo IEP determina, según cada caso, que son necesarios para la entrega de educación pública apropiada y gratuita. Anote a continuación cualquier excepción a las fechas de inicio y término y a las localidades antedichas. Especifique el mes/día/año:

Transporte especial: No Sí, especifique:

Alumnos de escuelas no públicas - Identifique los programas/servicios ofrecidos por el distrito pero que no se proporcionan porque los padres optaron por inscribir al menor en una escuela no pública:

El estudiante participará en el sistema de evaluación educativa de Michigan (MEAS), y las evaluaciones del distrito/NAEP* de la siguiente manera:

MEAP, MI-Access no se rinden en los grados escolares cubiertos por este programa IEP

Evaluación MEAS	¿Evaluación apropiada?		Si lo es , enumere las modificaciones de evaluación pertinentes si fuesen necesarias. Si no lo es , explique por qué la evaluación MEAP no es apropiada e indique la evaluación alternativa/MI-Access pertinente.	¿Modificaciones estándar?	
	sí	no		sí	no
Programa de evaluación educativa de Michigan (MEAP)					
Lenguaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matemáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciencias Naturales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciencias Sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MI-Access, el programa de evaluación alternativo de Michigan					
Califica para la fase 2**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Independencia con apoyo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Participación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**Para los estudiantes que califiquen a la fase 2, indique qué otras evaluaciones normalizadas de logros rendirán.

Las evaluaciones del distrito/NAEP no se rinden en los grados escolares/años cubiertos por este programa IEP

Evaluación del distrito/NAEP	¿Evaluación apropiada?		Si lo es , enumere las modificaciones de evaluación pertinentes si fuesen necesarias. Si no lo es , explique por qué la evaluación de distrito/NAEP es inapropiada e indique la evaluación alternativa pertinente.
	sí	no	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* NAEP – National Assessment Educational Progress

Firmas de compromiso

Cualquier miembro del equipo IEP puede presentar un informe en desacuerdo para que se adjunte a este informe del equipo IEP.

Distrito de residencia – El superintendente o delegado del distrito de residencia (marque todo lo que corresponda):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Está de acuerdo con el programa IEP y su puesta en práctica. | <input type="checkbox"/> No está de acuerdo con este programa IEP y: |
| <input type="checkbox"/> Autoriza al distrito operativo no de residencia a realizar reuniones del equipo IEP subsiguientes. | <input type="checkbox"/> solicita mediación |
| <input type="checkbox"/> Concuera que el estudiante no califica para recibir educación especial. | <input type="checkbox"/> solicita una audiencia de debido proceso |

Firmado: _____
Superintendente o delegado del distrito de residencia

Fecha: _____
mes/día/año

Distrito operativo no de residencia – El superintendente o su delegado (marque todo lo que corresponda):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Se compromete a proporcionar los programas y/o servicios del programa IEP | <input type="checkbox"/> No está de acuerdo con este programa IEP y: |
| <input type="checkbox"/> Se compromete a realizar las subsiguientes reuniones del equipo IEP | <input type="checkbox"/> solicita mediación |
| <input type="checkbox"/> Concuera que el estudiante no califica para recibir educación especial. | <input type="checkbox"/> solicita una audiencia de debido proceso |

Firmado: _____
Superintendente o delegado del distrito de residencia

Fecha: _____
mes/día/año

Notificación de requisitos del distrito operativo – El superintendente o delegado del distrito operativo o su delegado asegura que:

- al máximo grado que sea pertinente, las personas que tienen una incapacidad, incluyendo a personas asignadas a una escuela pública o institución privada o otra institución de cuidado, serán educadas con personas que no tienen incapacidades.
- la colocación de personas que tienen una incapacidad en clases especiales, escuelas separadas, o su retiro del entorno educacional tradicional se producirá sólo si la naturaleza o gravedad de la incapacidad es tal que la educación en clases tradicionales con el uso de ayudas y servicios complementarios no se puede entregar satisfactoriamente.
- el lugar de colocación del estudiante será el más cercano posible a su casa.
- a menos que el programa IEP de un estudiante con incapacidades requiera alguna otra disposición, el estudiante será educado en la escuela a la que asistiría si no tuviera una incapacidad.
- al seleccionarse el entorno menos restrictivo, se considerará cualquier efecto potencialmente nocivo para el estudiante o la calidad de los servicios que el estudiante necesita.
- un menor con incapacidad no será retirado de la educación en aulas tradicionales pertinentes para su edad por el solo hecho de que se necesiten modificaciones en el programa general de estudios.

Personal responsable de la ejecución: _____

Lugar inicial de la ejecución: _____

Fecha de inicio (m/d/a): _____

Fecha de término (m/d/a): _____

Firmado: _____
Superintendente o su delegado

Fecha: _____
mes/día/año

Adulto que otorga su consentimiento al programa IEP - He sido informado sobre todas las garantías procesales y las fuentes donde puedo obtener ayuda, y:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Comprendo los contenidos de este programa IEP | <input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo, pero permitiré que este programa IEP se ejecute |
| <input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo con el programa IEP y su ejecución. | <input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo con este programa IEP y: |
| <input type="checkbox"/> Concuero que el estudiante no califica para educación especial. | <input type="checkbox"/> solicito mediación |
| | <input type="checkbox"/> solicito una audiencia de debido proceso |

Firmado: _____
Adulto que otorga el consentimiento

Fecha: _____
mes/día/año

Firma del estudiante: _____